



UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

TOD (Trastorno Oposicionista Desafiante) guía para profesores.

Autor/es

LARA PINA LOPEZ

Director/es

JAVIER ORTUÑO SIERRA

Facultad

Facultad de Letras y de la Educación

Titulación

Grado en Educación Infantil

Departamento

CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

Curso académico

2019-20



TOD (Trastorno Opositorista Desafiante) guía para profesores. , de LARA PINA LOPEZ

(publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported. Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.

TRABAJO FIN DE GRADO

Título

TOD (Trastorno Oposicionista Desafiante) guía para profesores.

Autor

Lara Pina López

Tutor/es

Javier Ortuño Sierra

Grado

en Educación Infantil [205G]

Facultad de Letras y de la Educación

Año académico

2019/20



UNIVERSIDAD
DE LA RIOJA

Lara Pina López. 2019/2020.

TOD (Trastorno Opositor Desafiante) guía para profesores.

Resumen

El trabajo pretende dar una idea general del Trastorno Opositorista Desafiante (en adelante y durante todo el trabajo, lo llamaremos TOD) en la etapa infantil, llegando así al conocimiento de los padres/madres y docentes. Para que todos ellos, en especial los últimos, sean capaces de identificar el problema, aportando así una guía docente, donde quede reflejada toda la información necesaria.

Además, conoceremos la opinión de diversos autores que nos muestran las características del TOD en dicha etapa.

La importancia de una detección precoz en esta etapa es de vital importancia, por lo tanto, también lo es para este trastorno.

Veremos cuáles son algunos trastornos con los que mantiene relación. Por eso, se llevará a cabo una guía, donde quedará expuesta toda la información necesaria para saber identificar correctamente el trastorno.

Palabras clave: etapa infantil, TOD, desarrollo, niños

Abstract:

The work tries to give a general idea of the Oppositional Defiant Disorder (hereinafter and throughout the work, we will call it TOD) in the infant stage. Coming to the knowledge of parents and teachers. So that all of them, especially the last ones, are able to identify the problem, thus providing a teaching guide, where all the necessary information is reflected.

In addition, we will know the opinion of various authors who show us the characteristics of TOD in the infant stage.

The importance of early detection at this stage is of vital importance, therefore, it is also important for this disorder.

We will see what are some disorders with which he maintains a relationship. For this reason, a guide will be carried out, where all the information necessary to know how to correctly identify the disorder will be exposed.

Keywords: infant stage, TOD, development, children

Agradecimientos:

Me gustaría dar las gracias en primer lugar a mi tutor de Trabajo de Fin de Grado y maestro de psicología del desarrollo (Javier Ortuño Sierra), por darme esta gran oportunidad de poder trabajar junto a él y poder aprender de todo un gran profesional en este ámbito durante mi etapa universitaria, tanto para formación de mi futura docencia como para mi formación personal. Así como, confiando en mí, apoyándome, mostrando interés en todo momento, resolviendo las dudas necesarias y por estar siempre a plena disposición.

Destacar además a dos personas (Piluqui Romeo y Beatriz Villanfranca) mis dos tutoras de prácticas, que han hecho que pueda aprender día a día, así como aplicar todos mis conocimientos adquiridos durante estos años en el aula, y abrirme los ojos para ver y conocer la realidad en el aula y en la vida.

Por último y no por ello menos importante, dar las gracias a mi familia por el apoyo, la confianza y la ilusión que han depositado en mí a lo largo de estos cuatro años. Todo cuesta en esta vida, pero con el apoyo de tus seres queridos todo es más llevadero.

ÍNDICE

1. Introducción:.....	7
2. Marco teórico:.....	9
2.1. Definición de TOD:	10
2.2. Definición de Trastorno Disocial:	11
2.3. Origen	12
2.4. Factores:	14
2.4.1. Factor social (la familia):.....	14
2.4.2. Factor socioeconómico:.....	18
2.4.3. El divorcio:	19
2.4.4. Presencia/ausencia de la madre en el mundo laboral:	20
2.4.5. Conductas antisociales:.....	21
2.4.6. Biológicos/cognitivos:	22
2.5. Características:.....	23
2.6. Síntomas y diagnóstico:.....	25
2.7. Tratamiento:	28
2.8. Medicamentos:	34

3. Descripción general: Dr. Anderson:	36
4. Caso y guía docente.....	38
5. Conclusiones.....	40
6. Referencias	43

1. Introducción:

Este trabajo se basa en los conceptos generales del TOD, clasificándose dentro de los trastornos que tienen inicio en la etapa infantil, la niñez o hasta la adolescencia. Así como una guía para todos los docentes de la etapa infantil, para su debida detección precoz y una posible intervención. Además, permitirá reconocer sus causas, poder distinguirlo y evitar la confusión con cualquier otro tipo de trastorno, con los que mantiene una estrecha relación.

El contenido de este trabajo evidencia cómo el TOD tiene una incidencia en las interacciones personales, sociales, familiares y académicas de los niños y adolescentes con este diagnóstico, el cual presenta una alta compatibilidad con el TDAH (Trastorno del Déficit de Atención e Hiperactividad). DSM-IVTR (APA, 2000). Además, se encontrarán algunas características en las dinámicas familiares y ambientales que contribuyen al empeoramiento de dicho trastorno.

El trabajo va enfocado hacia los docentes, quienes, además de su labor educativa, tienen la importante función de identificar cualquier tipo de problemática que presente su alumnado, tanto de manera física, conductual, intelectual, etc. Y es por ello, que deben estar formados adecuadamente para ser capaces de reconocer los distintos signos de alarma. Pero, la formación actual de los docentes, ¿les permite conocer estrategias pedagógicas basadas en la intervención de la conducta, para ser aplicadas en el aula en niños diagnosticados con TOD?

Por ello, uno de los objetivos de este trabajo, es conseguir una adecuada intervención por parte de los docentes en el aula. Cada alumno/a tiene un ritmo distinto de aprendizaje

que debe ser respetado; por este motivo, el alumnado con TOD deberá tener también el suyo propio. A lo largo de la historia de la educación, durante el proceso de enseñanza, los educadores establecían herramientas didácticas que favorecían el aprendizaje de sus alumnos a nivel colectivo. Pero con respecto a la utilización de las mismas, en pocas ocasiones iban dirigidas a atender el aprendizaje de niños con problemas en su conducta; ya que en algunas ocasiones eran catalogados como “los indisciplinados o niños/as problemáticos del aula”, tendiendo a castigarlos o ignorarlos. Actualmente, se busca identificar nuevas estrategias para mejorar dicho trastorno; ya que, como hemos dicho anteriormente, éste merece una atención e intervención diferente e individualizada, para así poder obtener logros en su conducta y desempeño escolar, y sobre todo para poder vivir en sociedad de una manera adecuada e inclusiva.

Objetivos del trabajo:

- Conocer de manera más detallada aspectos sobre el TOD.
- Saber distinguir sus características frente a otros trastornos.
- Ofrecer información necesaria para su detección precoz.
- Dar soluciones a docentes y familia.

2. Marco teórico:

Los trastornos de conducta disruptiva pueden ser muy negativos para los niños y para las familias, además de que suponen un gasto económico adicional para la sociedad. Además, estos tipos de trastorno aumentan el riesgo de una serie de resultados negativos a largo plazo como: el encarcelamiento, el desempleo, los problemas de relación, el uso de sustancias y la transmisión intergeneracional de la violencia (Broidy et al., 2003; Dodge, Greenberg, Malone y Conduct Problems). Por lo tanto, tener presentes una serie de estrategias eficaces de prevención, identificación precoz y un posterior tratamiento para dichos trastornos, es de vital importancia.

Durante la etapa infantil debe realizarse un mínimo ajuste social, en el cual se trabaja la manera en la que las personas procesan la información, la almacenan y la aplican sobre otras personas y situaciones sociales. Es decir, centrándose en el papel que desempeñan los procesos **cognitivos**. Dicha cognición social, está asociada a ciertos comportamientos sociales, que incluyen comportamientos tales como agredir, compartir y ayudar (Barnes, Howell, Thurston y Cohen, 2017; Bussey, Quinn y Dobson, 2015; Denham et al., 2002; Kuhnert, Begeer, Fink y de Rosnay, 2017; Li et al., 2015; Meece & Mize, 2010). Las habilidades cognitivas sociales también prevén la posición y las interacciones sociales con sus iguales y padres (Comparini, Douglas y Pérez, 2014; Meece y Mize, 2010; Rah y Parke, 2008). Los problemas de conducta y el ajuste social mantienen relación con sesgos y déficits en SIP (Social Information Processing).

Sabiendo que las señales sociales son señales de comunicación e información que nos aportan información sobre interacciones, emociones, relaciones y comportamientos

sociales, Dodge y Tomlin (1987), afirman que los niños agresivos tienen menor probabilidad de emplear señales sociales de manera correcta o relevantes en comparación con los niños sin agresividad.

Los estudios que se han llevado a cabo entre SIP y la agresión, se han centrado principalmente en los primeros pasos; la codificación y la interpretación de las señales. Además de la agresión y el comportamiento antisocial, el SIP también se ha examinado en relación con el TDAH.

2.1. Definición de TOD:

Para empezar a conocer acerca del concepto, cabe decir que el TOD es un trastorno que afecta en mayor medida a la población infantil, y más concretamente a aquellos que no tienen una referencia de autoridad; ya que en muchas ocasiones son los propios padres los que no tienen patrones educativos fijos, para así poder cambiar su conducta y permitir, que el niño actúe a deseo.

El DSM-IV lo cita como un patrón de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil hacia las figuras de autoridad. Rolf Loeber, Jeffrey Burke, and Pardini (2009) destacan que su función esencial coincide en un patrón repetitivo y permanente de comportamiento, en el que se infringen los derechos básicos y/o las normas o reglas sociales, adecuadas a su edad.

El DSM-5 (APA, 2013) lo define como el DSM-IV, teniendo en cuenta la duración mínima del trastorno de seis meses (Riley, Ahmed & Locke, 2016).

Los comportamientos negativos y desafiantes se expresan por una terquedad persistente, resistencia y mala tolerancia a las órdenes, así como el rechazo a comprometerse, ceder

o negociar con adultos o compañeros. Igualmente hay una tendencia deliberada a sobrepasar los límites o normas establecidas, aceptándolos mal o culpabilizando a otros de sus propios actos. La hostilidad puede dirigirse hacia las figuras de autoridad, pero, en algunas ocasiones, también puede manifestarse molestando a sus compañeros sin ninguna causa aparente. En estos episodios suelen aparecer insultos o palabras despectivas hacia terceras personas, pero sin llegar a la agresión física. En el caso que se supere este umbral y se produzcan conductas de agresión hacia otros, estaríamos ante un **trastorno disocial**. Puede darse la situación de que se produzca una evolución desde el TOD en la infancia hasta un trastorno disocial en la adolescencia. Ambos trastornos se consideran independientes a pesar de que existe entre ellos una estrecha relación. DSM-5 (APA, 2013).

2.2. Definición de Trastorno Disocial:

Así mismo, Moffit y Scott (2008) defienden que los trastornos de conducta, también llamados disociales, son los que más severamente afectan a la salud mental en niños y adolescentes. Éstos se caracterizan por un permanente modelo de conductas que conllevan al incumplimiento de reglas sociales y manifestaciones agresivas hacia terceros

Según el DSM-IV, ha pasado a llamarse “Trastorno de la Conducta”. Hace referencia a las conductas distorsionadas, destructivas y de carácter negativo, además de transgresoras de las normas sociales. Este trastorno supone un problema clínico importante por sus características intrínsecas. Una parte importante de los niños/as que lo padecen mostrará algún tipo de desajuste en la edad adulta.

El rasgo principal del trastorno disocial según el DSM-IV, es un modelo de conducta duradero, en el cual se quebrantan los derechos básicos de los demás y las principales normas sociales, adaptadas a su “edad”. Algunas de las consecuencias de dicho trastorno pueden ser: deterioro del funcionamiento a nivel social, académico y/u ocupacional significativo. Algunas de las acciones que pueden realizar los niños/as diagnosticados con este trastorno pueden ser: intimidar o acosar a otros, iniciar peleas físicas, usar algún arma, robar a una víctima, causar fuegos, mentir para conseguir favores o evitar obligaciones, huir del hogar, etc.

El hecho de que aparezcan este tipo de conductas, tanto de TOD como de trastorno disocial, no es criterio suficiente para realizar el diagnóstico. Para decretar dicho diagnóstico, debe haber un deterioro significativo en el individuo y en el entorno en el cual se llevan a cabo estas conductas.

2.3. Origen

Muchas enfermedades que se desarrollan en la edad infantil tienen un posterior desarrollo en la adolescencia, e incluso en la vida adulta, como hemos visto anteriormente, es el caso del TOD.

Vásquez, Feria, Palacios y Peña (2010) defienden que en ciertas personas en la niñez o en la adolescencia, las reacciones negativas pueden aparecer como consecuencia de un accidente, tras una enfermedad, tras haber sufrido un evento traumático, o simplemente ser una defensa contra sentimientos de incapacidad, incompetencia, ansiedad, pérdida de autoestima o tendencias de sumisión. Dichos síntomas emergen en el ambiente familiar; pero con el paso del tiempo, pueden producirse en otro tipo de

ambientes. Su inicio es de forma gradual y suelen mantenerse a lo largo de meses o años, en una proporción significativa de casos.

El estudio del TOD se inicia en la etapa infantil y en la adolescencia, y lleva a considerar el origen de la agresividad y la violencia, ligado a situaciones sociales, familiares y ambientales. Las hipótesis más utilizadas, están basadas en el aprendizaje social que el niño adquiere de la oposición violenta, y que tiene su máxima expresión en el seno de los llamados “ambientes de desventaja social crónicamente mantenida”. A continuación, veremos hasta qué punto la familia puede tener incidencia en este tipo de trastorno.

Este tipo de comportamientos violentos tienen una prolongación, y en muchas ocasiones consolidación, durante la etapa de la adolescencia, y se concretan en la edad adulta en un trastorno de personalidad antisocial. Encontramos entonces una clara línea de continuidad entre la violencia infantil y la adulta.

Barkey (1997) defiende también la idea de que las actitudes negativas del TOD, son continuación de actuaciones que no fueron resueltas adecuadamente en los primeros años de vida; ya que la teoría biológica-fisiológica plantea que existen factores heredados de características neurofisiológicas, psicofisiológicas y bioquímicas, en la que predispone la manifestación de conductas inmaduras y de baja tolerancia a la frustración, entre otras. Vázquez, Fera, Palacios y Peña. (2010) nos dicen que la conducta agresiva mantiene una estrecha relación con factores bioquímicos y con sustancias hormonales que se encuentran en nuestro cerebro.

2.4. Factores:

Es importante identificar qué factores tienen una mayor incidencia con los trastornos de conducta. Es imprescindible detectar el foco del problema, para poder comprender el origen de estas dificultades y ajustar las posibles intervenciones y/o tratamientos, e intervenir lo antes posible para poder solucionarlo.

El TOD puede presentar comorbilidad con otros trastornos, por eso la importancia de indagar aspectos sobre la estructura familiar o el contexto en el que se encuentra el individuo para obtener un diagnóstico adecuado o la causa de dicho trastorno. En muchas ocasiones, suele estar ligado a otro tipo de trastornos y/o enfermedades. Es realmente importante conocer y trabajar sobre la psicología infantil, para conocer bien los factores que hacen que el niño tenga ese tipo de conductas. Entre ellas, investigadores como Caspi, Roberts y Shiner, (2005) destacan la ansiedad, tristeza e ira. Las personas que son muy neuróticas, con frecuencia se consideran malhumoradas, nerviosas, irritables o autoconscientes. Este rasgo fue uno de los primeros en identificarse en los primeros modelos de rasgos (Allport & Odbert, 1936; Cattell, 1943; Eysenck, 1967).

2.4.1. Factor social (la familia):

En la actualidad se define como “el grupo humano integrado por miembros relacionados por vínculos afectivos y sangre, en el que se hace posible la maduración de la persona humana a través de encuentros, contactos e interacciones comunicativas que hacen posible la adquisición de una estabilidad personal, una cohesión interna y unas posibilidades de progreso según las necesidades profundas de cada uno de sus miembros” (Ríos, 1998).

La familia debe socializar al niño, para ir creando su propia identidad, así como un ambiente que le permita desarrollar variedad de habilidades y conseguir objetivos (Amato, 1987). Pero no todas las familias son iguales, ni todas ellas proporcionan un ambiente óptimo para su desarrollo. La familia, principal factor social, de mayor peso en Educación Infantil, incluye aspectos tales como la estructura, las características psicológicas y el estatus familiar (Fraser, 1987).

La importancia de la familia en la educación en la primera etapa del sistema educativo es reconocida ante la ley, en la que se establece la necesidad de cooperación entre los centros y los padres facilitando su desarrollo óptimo de personalidad, su identidad, su modo de integrar el mundo que le rodea y su forma de aprender (Escayola, 1994). De hecho, la escuela debe orientar a las familias y responsabilizarse del cambio de actitudes, información sobre el desarrollo individual y formación de su tarea educadora (García, 1991). Desde este punto de vista, la función educativa de los centros se considera complementaria de la que ejerce la familia (Decreto del Curriculum de la Educación Infantil, Real Decreto 1333/1991, de 6 de septiembre). La influencia familiar se mantiene a lo largo de toda la escolaridad, pero es en estos primeros años cuando juega un papel fundamental porque el grupo familiar proporciona al niño todas las señales iniciales de afecto, valoración, aceptación o rechazo, éxito o fracaso (Burns, 1990).

La primera etapa de Educación Infantil no es obligatoria. Por eso, puede ocurrir que a los seis años de edad sea la primera vez que asistan al centro escolar. De ahí la importancia de la unión que se debe formar entre la unidad familiar y el centro, para que de esta manera reciba esa estabilidad y coordinación. Reforzando lo que dicen Palacios y

Moreno (1994) familia y escuela compartirán la responsabilidad educativa, por lo que la coherencia de criterios educativos será necesaria para lograr buenos resultados infantiles en esta etapa.

Además de toda esta coordinación por parte del centro y las familias, el niño se sentirá más integrado y se desarrollará mejor en una escuela que coincida con los valores culturales familiares (Moreno y Cubero, 1990) por lo que la escuela no puede ser ajena a las necesidades y características relacionadas con las familias. Si se produce una coordinación y una participación de los padres en dicho proceso educativo (Kellaghan et al, 1993) se reducirán así las diferencias culturales (Sánchez Villalba, 1997).

Lo que nos interesa de la estructura familiar es la repercusión de esa estructura en la posibilidad de interacciones con el resto (Connolly & Smith, 1985). De hecho, el tamaño familiar o la presencia de ambos progenitores, parece que mantienen escasa relación con los resultados infantiles (Gray, Ramsey & Kraus, 1982). Lo que sí parece influir principalmente es la calidad de las relaciones interpersonales que se producen entre los miembros. De hecho, ciertos estudios dicen que salirse de la norma “convencional” de estructura familiar, no repercute negativamente a los niños (Lamb, 1982), y que la adaptación y el desarrollo parece independiente del tipo de familia (Elduson, 1982). Otros estudios afirman que las relaciones que se establecen entre miembros de las familias monoparentales no tienen que ser peores que las tradicionales (Moreno, 1995), sino que todo depende de la manera en la que se haya llegado a esa situación (Marqués, 1995)

En muchas ocasiones, el hecho de no tener una figura de autoridad real y/o significativa, el cambio constante de cuidadores y no tener una serie de normas y límites

claros, genera comportamientos negativos en el niño, y que los comportamientos disruptivos se agudicen. Dichas acciones, además de lo que se muestra en la teoría del aprendizaje, son efectos de las técnicas de refuerzo negativo empleadas por los padres y/o personas en posición de autoridad. Se considera que, el empleo de refuerzos negativos por parte de estas figuras de autoridad incrementa la frecuencia e intensidad de los comportamientos opositores en el niño (Barkley, 1987).

Y en la misma idea, Vásquez, Feria, Palacios y Peña, (2010) señalan que “las características negativas de dicho trastorno son actitudes que los jóvenes aprenden de las técnicas negativas empleadas por los padres y figuras de autoridad, como son: gritos, golpes, ignoraciones, etc. Entre otras formas de castigo”.

Los patrones SIP, de alguna manera, también tienen una implicación directa en las interacciones sociales con sus iguales y padres. Los déficits en SIP, cuyas áreas se encargan de codificar, atribuir y procesar toda la información, se han asociado con el incremento de la agresividad entre iguales en la infancia, y conductas desadaptativas en la vida adulta (Dodge et al., 2003; Dodge & Price, 1994; Guy et al., 2017; Lansford et al., 2010). Dichos autores, concluyen que la progresión de los déficits en SIP y la agresión disminuyeron como consecuencia del rechazo entre pares, y que las mejores habilidades de procesamiento y la menor agresión, conllevaron a una posterior mejora en el estado social. Las intervenciones diseñadas para mejorar SIP han demostrado que mejoran tanto los comportamientos de externalización, como las interacciones entre pares y padres.

También, un metaanálisis examinó la efectividad de los componentes de los programas de crianza orientados a reducir los problemas de comportamiento de

externalización en niños de entre 0 y 7 años. En el cual hay varios componentes únicos que predicen tamaños de efecto mayores para los cambios en el comportamiento del cuidador y del niño (Kaminski, Valle, Filene y Boyle, 2008). En general, dichos programas de crianza demostraron efectos significativos en la mejora de las habilidades de crianza y la reducción de los problemas de conducta infantil. Específicamente, los programas que enfatizan las **prácticas positivas de crianza** (por ejemplo, construir relaciones positivas entre el niño y el cuidador) y la práctica en vivo (por ejemplo, ser entrenado a través de la práctica de habilidades). Los programas que enfatizaron la enseñanza de la comunicación emocional de los cuidadores demostraron un mayor efecto en el cambio del comportamiento del cuidador y la adquisición de habilidades. Los programas que enfatizan la capacitación de los cuidadores en el uso del tiempo de espera y la coherencia con la disciplina demostraron efectos de mayor tamaño en la reducción de las conductas de externalización en niños con trastornos de conducta.

2.4.2. Factor socioeconómico:

El nivel socioeconómico de las familias es una variable que parece mediatizar entre características familiares y resultados educativos (De Miguel, 1988; Fernández Enguita, 1990; Martín Izquierdo, 1984; Sánchez Redondo, 1991; Martínez, 1992). Sin embargo, cada vez se apoya más la idea de que el nivel socioeconómico no es tan determinante en el desarrollo de los hijos como sí que lo pueden ser los valores familiares, las actitudes, las aspiraciones educativas y los factores culturales (Chrispeels, 1996). Aunque algunos autores afirman que un mayor nivel socioeconómico corresponde con mayor calidad en el ambiente familiar (Viguer y Serra, 1996; Barajas y Clemente, 1991),

sobre todo por las opciones de educación que los padres pueden dar a sus hijos, así como las inversiones en formación extraescolar, materiales y equipamientos que, en general, facilitan el aprendizaje (Marchesi y Martín, 1998; Alberdi, (996; González Anleo, 1985; Jiménez, 1988; Martín Izquierdo, 1984).

Este trastorno afecta aproximadamente de 2 a 16 niños y adolescentes de cada 100, con mayor frecuencia entre los jóvenes de familias con un estado socioeconómico bajo (Vásquez, Feria, Palacios y Peña. 2010).

2.4.3. El divorcio:

En los últimos 20 años, el divorcio se ha incorporado como categoría de la estructura familiar en muchos estudios como consecuencia de su incremento en los últimos años. Diferentes trabajos comparten las mismas conclusiones, y es que en primer lugar, sus consecuencias no son perjudiciales para los niños. En segundo lugar, parece que se aprecian diferencias significativas en la forma y duración de la reacción ante el divorcio de los padres en función del género y de la edad. Y, en tercer lugar, parece que las reacciones más agudas se atenúan a medida que el niño se va adaptando a la nueva situación. Esta adaptación parece mantener una relación con factores familiares como el status socio-económico en el que queda la familia (explicado anteriormente) y la relación con el progenitor que no tiene la custodia. La llegada de un nuevo padre/madre y la aceptación del mismo, también pueden ser consecuencias de dicho trastorno según Emery (1982); Hetherington, Cox & Cox (1982) & Wallerstein & Kelly (1981)

Como apoyo a esta aportación, Block (1986) descubre que la inadaptación psicológica que se encuentra en un niño que ha pasado por una situación de divorcio, se origina antes de que éste se produzca, como consecuencia de la relación hostil que se vive en casa. De hecho, según Berg (1997) en muchas ocasiones los niños no definen el divorcio como una catástrofe, sino que opinan que es la mejor opción para solucionar problemas emocionales y de adaptación psicológica. La conclusión fundamental que se deriva de estudios es que el divorcio no tiene que suponer necesariamente una tragedia para los hijos (ni para los padres).

2.4.4. Presencia/ausencia de la madre en el mundo laboral:

Al igual que el divorcio, éste también es un factor nuevo estudiado más en los últimos años debido a su incorporación en el mercado laboral. Cuando se comparan niños con madres que trabajan fuera de casa y niños cuyas madres se dedican a las tareas del hogar, no se encuentran diferencias respecto al desarrollo psicológico (Hoffman, 1984; Learner y Galambok, 1986), excepto en niños menores de un año (Belsky & Ravine, 1988), ya que, en estos casos, puede aparecer alguna implicación negativa, en referencia a un apego menor, en el desarrollo del vínculo con la madre. Lo que parece importante es tener en cuenta dos dimensiones asociadas a la persona que se ocupa del niño, por un lado, la estabilidad en el cuidado (una misma persona y un mismo espacio) y por otro, la calidad de la relación (que satisfaga, cubra y se adecue a las necesidades del niño), si se dan estas condiciones, los hijos de madres trabajadoras pueden resultar beneficiados y superar incluso en ciertos aspectos el desarrollo de otros niños (Clarke-Steward, 1982).

Es decir, no hay indicios de los que pueda derivarse que la maternidad sea una actividad que deba ocupar las 24 horas del día. Estos resultados nos hacen ver que la calidad de la relación, más que la cantidad, es lo que cuenta en el desarrollo infantil.

2.4.5. Conductas antisociales:

Diversos investigadores han estudiado la relación entre CI (Coeficiente Intelectual) y conductas antisociales. La mayoría indica que los grupos de personas que presentan conductas delictuales tienen peor desempeño en las pruebas de CI que los grupos de comparación (Isen, 2010). Ello se replica en estudios focalizados en los trastornos de conducta (Scott, 2009). La etiología de los comportamientos antisociales es reconocidamente multifactorial y resulta de alta complejidad intentar identificar factores específicos que contribuyan a su desarrollo. Pese a esas consideraciones, la asociación entre CI y conductas disociales no parece ser un simple artefacto (Isen, 2010; Rutter et al., 1998). Existe evidencia de que la asociación no se explica por la proveniencia de las personas con conductas delictuales de hogares más desventajados socialmente (Goodman, Simonoff & Stevenson, 1995). Tampoco por las diferencias en escolaridad. El mayor retraso escolar y abandono de los estudios de quienes presentan conductas disociales es probablemente un factor que contribuye al menor rendimiento en las pruebas de inteligencia. Al controlar este factor, la relación disminuye, pero no desaparece (Maguin & Loeber, 1996). Estudios longitudinales sugieren un papel independiente del CI, particularmente respecto de los patrones de conducta disocial de inicio temprano (Stattin & Klackenber-Larsson, 1993). Por otro lado, los estudios longitudinales también

muestran que la agresividad temprana predice una declinación en el funcionamiento intelectual posterior (Huesmann, Eron & Yarmel, 1987; Moskowitz & Schwartzman, 1989). En cualquier caso, tanto la prevención como el tratamiento de los trastornos de conducta en adolescentes deben poner atención a la influencia de factores relacionados con el desarrollo cognitivo. La atención al rezago escolar resulta también una dimensión de crítica importancia, tanto por su influencia en el desarrollo cognitivo como por las implicaciones del fracaso escolar.

2.4.6. Biológicos/cognitivos:

Un artículo acerca de la neuroimagen en el TOD y el trastorno de conducta (CD) teniendo en cuenta el TDAH, nos cuenta cómo ambos son trastornos de conducta comunes en la infancia y la adolescencia, los cuales están asociados con anomalías cerebrales.

La evidencia estuvo presente en los estudios estructurales y funcionales, independientemente de la presencia de comorbilidad de TDAH. Existe una fuerte evidencia de que las anormalidades en la amígdala son específicas para TOD / CD en comparación con el TDAH y los estudios correlacionales respaldan todavía más la asociación entre anormalidades en la amígdala y los síntomas de TOD / CD. Las áreas resultantes están asociadas con el procesamiento de emociones, el monitoreo de errores, la resolución de problemas y el autocontrol; áreas asociadas con déficits neurocognitivos y conductuales implicados en TOD / CD. (Blair, Development and Psychopathology, 17 (3), 865-891, 2005).

2.5. Características:

Algunas de las características que pueden mostrar los niños/as con este trastorno, además de las ya citadas anteriormente por los autores, pueden ser las siguientes:

- Estar enojado e irritable inusualmente.
- Perder la calma con frecuencia.
- Molestar fácilmente.
- Discutir con figuras de autoridad.
- Negar el cumplimiento de las normas.
- Molestar deliberadamente a los demás.
- Culpar a otros por los errores.
- Ser vengativos.

Es importante observar esta serie de características en todos los ámbitos, tanto el educativo, como el familiar y el social, ya que muchas veces, el trastorno suele darse con más frecuencia en el ámbito que el niño pasa más tiempo y tiene más relación (el ámbito familiar). Por ello, debemos observar cuál es su comportamiento cuando se relaciona con sus iguales en el patio, en el parque, con sus hermanos en casa, con personas desconocidas de mayor edad, con sus familiares, etc.

Algunos ejemplos de conductas pueden ser:

- Hiperactividad: deambular en el aula, no permanece mucho tiempo sentado, hablar excesivamente, etc.
- Desatención: atender a una tarea, pero solo durante un breve periodo de tiempo, cambia frecuentemente de actividad sin terminar ninguna, etc.
- Impulsividad: contestar una pregunta antes de que se termine de formular, interrumpe frecuentemente a otros mientras hablan, etc.
- Desobediencia: la necesidad de reiterar las ordenes o indicaciones, o bien el hecho de no cumplir con las mismas pese a la reiteración.
- Enfado/irritabilidad. A menudo pierde la calma, está susceptible o se molesta con facilidad. Frecuentemente está enfadado y resentido.
- Discusiones/actitud desafiante. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas y suele molestar a los demás deliberadamente. Culpa con frecuencia a los demás por sus errores o su mal comportamiento.
- Vengativo. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses. Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo) o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.

2.6. Síntomas y diagnóstico:

Para Vásquez, Feria, Palacios y Peña (2010) “en algunos niños y adolescentes, la sintomatología negativista puede aparecer como reacción a un accidente, enfermedad, después de un evento traumático, o simplemente puede ser una defensa contra sentimientos de incapacidad, incompetencia, ansiedad, pérdida de autoestima o tendencias de sumisión”. Y como hemos visto, el ambiente familiar puede ayudar en algunas ocasiones a agudizarse.

Antes de diagnosticar una enfermedad, hay una serie de signos de alarma que nos llaman la atención, y que ayudan a detectarla, mejorando su pronóstico y control. Éstos signos de alarma llaman la atención porque hay ciertos incumplimientos de fines que se deberían de estar cumpliendo en esa edad. En el primer año de vida los fines están relacionados con el logro de la autonomía y se expresan por el desarrollo del lenguaje, la capacidad para explorar y el autocontrol. El llanto del niño debe ser preocupante y/o alarmante cuando sea excesivo, se acompañe de alteraciones en el sueño, en la alimentación, ansiedad junto a extraños, no manteniendo contacto ocular... Es normal que los niños lloren para conseguir cubrir sus necesidades, así como una manera de expresión.

Otro de los motivos de detección suele ser a partir de los 2-3 años con motivo de sus conductas disruptivas. La disrupción familiar que puede llegar a ocasionar puede ser

de vital importancia y crear así serios problemas en la convivencia. En muchas de las ocasiones, los signos de alarma suelen ser más evidentes en las interacciones con personas que el sujeto conoce y tiene más relación (familiares, compañeros, etc.), por lo que pueden no manifestarse durante la exploración clínica. Por otra parte, los sujetos con este trastorno suelen no considerarse a sí mismos negativistas o desafiantes, sino que justifican su comportamiento como una respuesta a exigencias o circunstancias externas no razonables.

En psiquiatría infantil se entiende por “detección precoz” aquellas actividades que van dirigidas a descubrir un trastorno psicopatológico en sus primeros estadios. Dicha detección precoz es muy importante en esta especialidad porque diagnosticar las enfermedades en las etapas iniciales de la vida es mucho más trascendente, difícil y complejo que en otras edades. Esta dificultad nace, entre otras cosas, de la falta de una adecuada capacidad verbal en el niño, de la necesidad de utilizar información suministrada por los padres y de que casi todos los síntomas psiquiátricos pueden, igualmente, ser componentes normales de determinadas conductas o comportamientos evolutivos del niño.

Ante un posible caso de enfermedad y/o trastorno, es necesario mantener una relación con los especialistas, tanto orientadores como pediatras en este caso, para que ante cualquier signo de alarma haya una derivación a cualquiera de ellos. Van a ser los propios docentes y/o los familiares, los que encuentren estos signos de alarma que hagan sospechar de un cierto tipo de trastorno. Su edad de detección mantiene relación con la

mayoría de los trastornos, sobre la educación primaria. Éste deja de ser diagnosticado en la adolescencia.

Hay que tener en cuenta que el diagnóstico del TOD no debe hacerse si los síntomas ocurren exclusivamente durante el transcurso de un episodio psicótico o del estado de ánimo. En los criterios diagnósticos según el DSM-5 (APA, 2013) hay comportamientos o tipos de conductas de los cuales su durabilidad se encuentra aproximadamente en los 6 meses, y por los cuales se deben de cumplir la gran mayoría para poder ser considerado con este tipo de trastorno mental. Las directrices del DSM-IV-TR especifican que debería considerarse este diagnóstico cuando las conductas de oposición son secundarias a los problemas de falta de atención e impulsividad.

Las personas con un diagnóstico DBD, con frecuencia padecen dificultades con las emociones, los comportamientos y el autocontrol, ya que violan los derechos de los demás. Eso puede generar conflictos con figuras de autoridad y normas sociales opuestas (American Psychiatric Association, 2013). Los ejemplos que se recogen en el Manual Diagnóstico y estadístico acerca del DSM-5 son: trastorno de oposición desafiante, trastorno de conducta y trastorno explosivo intermitente. Los DBD son algunas de las causas más comunes para derivar a dichos niños a salud mental, para llevar a cabo algún tipo de tratamiento. Los DBD en la edad infantil, muchas veces son comórbidos con otro tipo de trastornos y tienen una mayor probabilidad (el 90%) de desarrollar trastornos secundarios, como el trastorno de conducta y los trastornos por consumo de sustancias (Nock, Kazdin, Hiripi y Kessler, 2007).

Además, Riley, M., Ahmed, S. & Locke, A. (2016), añaden que no existe ningún tipo de herramienta diseñada específicamente para su diagnóstico. Aunque, múltiples cuestionarios ayudan en el diagnóstico mientras se evalúan además otras afecciones psiquiátricas.

2.7. Tratamiento:

En primer lugar y, en cualquier caso, para lograr una terapia exitosa con los pacientes con TOD es necesario establecer una empatía con el niño, definir el problema y buscar una solución.

Los enfoques conductuales son los métodos más comunes basados en la evidencia para el tratamiento. Éstos se basan en los principios del condicionamiento operante y la teoría del aprendizaje social. Con respecto al condicionamiento, la probabilidad de un comportamiento varía en función de las acciones de operantes neutrales, reforzadores o castigadores (Skinner, 1938). Por ejemplo, si a un niño se le dice "no" (estímulo), y como respuesta realiza un berrinche, y así recibe atención del cuidador (reforzándose la acción); la probabilidad de que se produzcan berrinches cuando recibe como respuesta un "no", aumentarán. Los tratamientos conductuales para los DBD se basan en poner de manera adecuada:

- Reforzadores para el comportamiento positivo.
- Operantes neutrales para el comportamiento negativo.
- Castigadores para el comportamiento grave.

Usando el ejemplo anterior, los cuidadores pueden aprender a reducir el patrón de los berrinches, si reemplazan la acción de mantener la atención a los berrinches por la de ignorar los arrebatos. En línea con la terapia conductual, estas respuestas de tipo ambiental o del cuidador, tienen más eficiencia cuando son consistentes, inmediatas y dependientes del comportamiento del niño (Kazdin, 2005).

La teoría del aprendizaje social reconoce la importancia de las variables sociales, como la observación y la imitación, en el aprendizaje y el comportamiento (Bandura y Walters, 1963). El ejemplo del berrinche de un niño pone de manifiesto el impacto de atención del cuidador en reforzar el comportamiento disruptivo y eliminar la atención del cuidador como un operador neutral o castigador. Los cuidadores también aprenden a incrementar el uso de habilidades sociales positivas como la imitación y el elogio, para modelar estas habilidades y crear así una experiencia social gratificante.

Se han encontrado efectos positivos para las intervenciones grupales para jóvenes con problemas de conducta disruptiva en estudios meta analíticos (por ejemplo, Lipsey, 2006). Los formatos grupales tienen varias ventajas sobre los formatos individuales, incluida la oportunidad de usar modelos, juegos de roles, resolución de problemas grupales y refuerzo del comportamiento de los niños con sus compañeros para abordar las dificultades de los niños con la competencia social. Una intervención preventiva grupal que se ha demostrado que reduce con éxito el comportamiento disruptivo y la agresión entre los jóvenes en riesgo es el programa Coping Power; el cual se explicará a continuación como medida de prevención. Por el contrario, la psicoterapia individual

ayuda a los pacientes a adquirir habilidades en la comunicación, control de la ira y los impulsos, permitiéndole al niño establecer mejores relaciones sociales.

Basándose en las teorías del aprendizaje social y el condicionamiento operante citados anteriormente de Skinner y Bandura, un tipo de tratamiento para niños pequeños con TOD, basado en un enfoque conductual, ha resultado exitoso (Dretzke et al., 2009). El tratamiento está formado por cinco modelos; PCIT, HNC, Triple P, IY y PMT-O. Todos ellos aprovechan el poder del entorno familiar para realizar un cambio en la relación entre el niño y el cuidador. El modelo PCIT, por ejemplo, utiliza la tecnología de manera innovadora, la terapia del juego y la teoría del apego, así como procesos terapéuticos paralelos; para lograr una reducción de la disrupción del comportamiento y mejorar así la relación del niño con el cuidador. La terapia de interacción entre padres e hijos (PCIT) es un programa de capacitación para padres y madres que está basado en la evidencia, destinado para niños de 2 a 7 años con problemas de conducta graves (Eyberg y Funderburk, 2011; McNeil y HembreeKigin, 2010). El objetivo principal de PCIT es reducir los problemas de conducta infantil mediante dos fases: (1) atención positiva contingente y (2) estrategias de disciplina efectivas. La primera etapa de PCIT recibe el nombre de interacción directa con el niño (CDI). En ella, los cuidadores deben trabajar para fortalecer su relación con sus hijos mediante el juego. Se les fomenta para que interaccionen de manera positiva con sus hijos, siguiendo el ejemplo del niño durante el juego y utilizando habilidades positivas de crianza. Además, deben ignorar y redirigir conductas inapropiadas, molestas y/o negativas. Además, no es recomendable utilizar habilidades que incluyen comandos, preguntas o comentarios negativos. La segunda fase de PCIT solo puede iniciarse una vez que los adultos hayan superado los criterios de

dominio de CDI. Durante más de 40 años, los investigadores han continuado con la sólida base de evidencia, la cual respalda la PCIT. PCIT cuenta con gran variedad de efectos (p. Ej., D 5 1.88 1.99; Abrahamse et al., 2012 yd 5 2.30; Danko, Garbacz y Budd, 2015) antes y después del tratamiento. Además de las mejoras por parte de los niños en el comportamiento, los cuidadores experimentan mejoras en las habilidades de crianza positivas y una reducción en las prácticas de crianza negativas (Thomas y ZimmerGembeck, 2007).

Una de las posibles intervenciones que existe es de tipo conductual. En cualquier caso, la capacidad de orientar al niño hacia conductas positivas, respetuosas y responsables viene muy determinada por la existencia o no del TOD. Las intervenciones en la conducta del niño, permiten restaurar patrones de crianza y atender a sus figuras de autoridad.

Por ello, se pudo corroborar la importancia de la intervención conductual como estrategia pedagógica para llevarla a cabo en el aula para obtener una mejora en el entorno educativo del niño con TOD. Claudio Trivisonno (2007) cita en su libro “Introducción al enfoque ABA”, a la hora de hablar de la intervención en la conducta, numerosas corrientes que en psicología presentan diversas teorías. Por conducta se entiende toda acción que realiza una persona como consecuencia de su interacción con el entorno.

Además del tratamiento conductual, grandes profesionales dan lo oportunidad de elegir entre varias opciones de tratamiento.

En un primer lugar Vásquez & Feria (2010) nos plantean su idea de cómo sería trabajar mediante la psicoterapia individual. Ésta suele emplear un enfoque cognitivo

conductual para aumentar la capacidad del paciente en la resolución de sus problemas y sus habilidades de comunicación, de control de la ira y el impulso. Además, Palacios y Peña. (2010) dicen que existe otro planteamiento. El cual se centra en el entrenamiento de habilidades para la solución de problemas, ya que el tratamiento de los trastornos de conducta puede ser más útil que la psicoterapia individual. (Terapias individuales. Para ayudar a mejorar conductas que le afecten en primera persona, o para desarrollarse con los demás).

Segundo, en la terapia familiar nos dice Peña, (2010) que el objetivo principal es la introducción de cambios en la familia, como, por ejemplo: se tiende a mejorar la capacidad de comunicación y fomentar la interacción entre los miembros de la familia.

Por último, en la terapia grupal, Vásquez, (2010) señala qué mediante la terapia con niños o adolescentes de su misma edad y problemática, se suelen centrar en el desarrollo y utilización de las habilidades sociales e interpersonales, mediante la socialización de experiencias en un mismo ambiente.

Respecto a las intervenciones, antes de realizarlas, se debe diferenciar la conducta del niño, que se encuentre entre los parámetros de persistencia, frecuencia e intensidad. En los niños que conforman familias disfuncionales en las que existen adversidades familiares o separación de los padres, es más frecuente encontrar la probabilidad del desarrollo del TOD. No todos los niños con mala conducta pueden ser diagnosticados con TOD, porque la mayor parte de ellos poseen conductas disruptivas sin una patología existente.

El artículo “Cognitive therapies: anger management” explica qué es el Coping Power, del cual podemos extraer gran información relevante y variedad de ejemplos para llevar a la práctica, ya que se desarrolló para llevarlo a cabo en la escuela. Además, se puede adaptar a la cantidad de niños y a la edad correspondiente. Éste consta de componentes de intervención complementarios, va dirigido a niños y padres simultáneamente durante un periodo de tiempo de 16 a 18 meses, en un grupo pequeño. El componente infantil (Lochman et al., 2008) está formado por 34 sesiones y se entrega a grupos de cinco a siete niños (Larson y Lochman, 2010). Las primeras sesiones van enfocadas a ayudar a los niños a identificar objetivos significativos, a largo plazo y dividir dichos objetivos a corto plazo, en objetivos diarios. Durante la segunda mitad del programa, se hace un enfoque hacia la toma de perspectiva, la resolución de problemas y la identificación de consecuencias.

¿Qué tan importante es recibir un tratamiento? ¿Qué beneficios tiene?

Beyebach (1998) nos habla de la importancia que tienen los padres en el tratamiento de los problemas infantiles. Tanto para la actuación presente, como para su vida futura, teniendo acciones como: rechazo de los compañeros, dificultad a la hora de nuevas relaciones, discordia familiar... Entonces se hace necesario reivindicar dicha importancia en el tratamiento de los problemas de niños y adolescentes, ya que se consideran ante todo como una fuente de recursos para la intervención, como aliados en el proceso de cambio y como potenciales co-terapeutas.

El hecho de no intervenir a tiempo y tomar una medida al respecto, puede generar que un pequeño porcentaje de niños continúe desarrollando el llamado trastorno de

conducta, que es un trastorno de conducta más grave que incluye actos delictivos como robar, incendiar o herir a personas. Recibir un tratamiento precozmente, mejora la trayectoria del niño.

También serán menos propensos a alcanzar su potencial. Si algo no sale como quieren, pueden pensar que es culpa de cualquiera, excepto de ellos. El Dr. Anderson dice que también podrían “retirarse a los lugares donde saben que pueden obtener lo que quieren”. Eso podría significar que ellos intentan incluso menos, presionan aún más a las personas que están más cerca de ellos, aquellas que son las que realmente les importan más, lo que provoca relaciones aún más deterioradas”.

2.8. Medicamentos:

El manejo de primera línea del TOD es el no farmacológico, basado en los principios que se comentaron anteriormente. Sin embargo, cuando hay comorbilidades, los fármacos pueden ser de gran ayuda.

Ante la detección del problema, según el grado de incidencia que tenga en el desarrollo de la vida del niño/a, quizá se plantee la opción de recurrir a algún tipo de medicamento, como suplemento en muchas ocasiones a alguno de los tratamientos planteados anteriormente. Pero, no existe un medicamento aprobado por la FDA para TOD, pero los medicamentos a veces se usan como un complemento a la terapia conductual.

Prigsheim, T., Hirsch, L., Gardner, D. & Goorman, D.A. (2015), realizaron una revisión sistemática y un metaanálisis de varios tipos de psicoestimulantes (agonistas alfa-2 y atomoxetina) para el comportamiento de oposición, problemas de conducta y agresión en jóvenes con TDAH, TOD y CD. La evidencia indicó que dichos psicoestimulantes pueden ser beneficiosos para los comportamientos disruptivos y agresivos, además de los síntomas centrales del TDAH, TOD y CD.

Los medicamentos antipsicóticos como Abilify (aripiprazol) y Risperdal (risperidona), que se ha demostrado que reducen la agresividad y la irritabilidad, se utilizan con frecuencia en los casos en que el niño corre el riesgo de ser expulsado de la escuela o del hogar. Se pueden usar medicamentos estimulantes si el niño tiene una impulsividad excesiva, incluso aquellos que tienen un diagnóstico de TDAH. Los antidepresivos (ISRS) pueden ser útiles si el niño tiene depresión o ansiedad subyacente.

Algunos de los medicamentos que pueden suministrarse son:

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: sertralina, fluoxetina y paroxetina están indicados cuando existe un componente importante de ansiedad o conducta obsesiva.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina: la atomoxetina está indicada para el TDAH, cuando existe un componente de déficit de atención, impulsividad y agresión que no ha tenido buen control con metilfenidato o como alternativa a otros fármacos que tienen efectos adversos irremediables.

- Estimulantes, inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina: se indica el metilfenidato cuando existe comorbilidad con el TDAH y el problema conductual está relacionado con la impulsividad, el autocontrol o la dificultad para procesar la información del entorno.
- Antipsicóticos atípicos: se puede emplear la risperidona cuando existen problemas de conducta en niños con trastorno de espectro autista. Se pueden usar también en casos de conducta agresiva de carácter grave.

El enfoque óptimo será el que aporten, aislada o conjuntamente, de forma razonable y sensata, las técnicas conductuales y la prescripción del fármaco o fármacos adecuados.

3. Descripción general: Dr. Anderson:

Es fácil ver por qué “Las palabras ‘oposicional’ y ‘desafiante’ aparecen en el vocabulario de los padres con bastante frecuencia”, dice el Dr. David Anderson, director del Centro de TDAH y trastornos del comportamiento en el Child Mind Institute. “Es uno de los diagnósticos mejor nombrados que existe”.

Es normal que los niños sean opositores y desafiadores al menos algunas veces. De hecho, es una señal de desarrollo saludable. Entonces, ¿cuándo un niño tiene el trastorno oposicional desafiante? El diagnóstico no se debe dar, por ejemplo, a un niño que acaba de descubrir que su nueva palabra favorita es “no”.

Todos los niños pueden tener estos síntomas de vez en cuando. Lo que distingue el TOD del comportamiento de oposición típico es qué tan grave es y por cuánto tiempo

se manifiesta. Un niño con TOD tendrá problemas de comportamiento extremo durante al menos seis meses.

Otro sello distintivo del TOD es el costo que implica para las relaciones familiares. Las frustraciones cotidianas habituales –instrucciones ignoradas, discusiones, arrebatos explosivos— se acumulan con el tiempo y estas interacciones negativas dañan la relación entre padres e hijos y refuerzan los patrones de comportamiento hostiles.

“Los niños con problemas de conducta empujan a los padres hacia los extremos”, dice el Dr. Anderson. “Empujan a los padres a ser permisivos y empujan a los padres hasta que se vuelven híper-coercitivos con la esperanza de que más control hará que el niño escuche”.

Y al igual que los padres no son necesariamente los culpables, tampoco lo son los niños, dice el Dr. Anderson. “Sin un esfuerzo consciente del niño, a través de cientos de ensayos él aprende que esta es una forma de seguir obteniendo lo que quiere”.

Esto también explica por qué los niños con TOD pueden comportarse peor en casa. El Dr. Anderson señala: “Es probable que los niños con TOD sean más opositores con las personas que conocen bien, en parte porque las vías de comunicación están muy desgastadas. Mientras que en un lugar como la escuela, donde por lo general el niño tiene menos control sobre su entorno, los tipos de comportamientos que son comunes al TOD pueden no darles los resultados esperados”.

4. Caso y guía docente

Tras toda la información anterior, los docentes ya tienen los recursos necesarios como para poder identificar las características del trastorno que se presenta, entre sus alumnos, y de esta manera, identificarlo lo antes posible para tomar así una solución.

Debemos recordar que las características, las causas, el desarrollo del trastorno, etc., nunca van a ser iguales en todos los niños, por lo que deberemos adaptar individualmente cada tratamiento.

Las siguientes propuestas didácticas tienen el objetivo de trabajar con un niño que presenta las siguientes características:

Hugo es un niño de 3º de Educación Infantil, que está escolarizado en el centro “C.P.E.I.P. Cerro de la Cruz”. Su clase, tiene un total de 25 alumnos, 15 niños y 10 niñas. Es de origen marroquí y acaban de llegar a España, por lo que es nuevo en el curso. Vive en un piso junto a sus padres y sus hermanos. Es el pequeño de los 4, y es por ello por lo que recibe menos atención por parte de los padres. Su crianza depende sobre todo de sus hermanos mayores. Debido a su incorporación tardía y el desconocimiento de la lengua castellana a la llegada al colegio, no atendía a órdenes tales como: lavarse las manos, salir al patio todos a la vez, guardar el material, respetar el turno de la fila, pelearse con los compañeros... Tras el desarrollo del curso, no ha habido una mejora en su comportamiento ni en su conducta, por lo que ha llamado la atención de la maestra. Continúa quitando los juguetes a sus compañeros, levantando la voz a los iguales y profesores, levantándose de la silla, pegando patadas al material... Ante esta situación, la

profesora decide tomar las siguientes medidas, para ver si se reducen, antes de derivar el tema a un especialista.

1. El diario: el alumno elegirá un cuaderno/diario que le guste, en el que cada día se recogerá toda la información relevante (conductas positivas/negativas, mejoras...). Este diario viajará diariamente al domicilio familiar, para que los padres anoten los comportamientos y actitudes de la tarde, para que así lo pueda leer la profesora la mañana siguiente e ir viendo los progresos, o poder realizar algún tipo de modificación.
2. Economía de fichas. Esta metodología resulta muy eficaz, ya que los niños tienen como finalidad un deseo suyo (como por ejemplo ir al parque de atracciones) por lo que día a día deben ir mejorando para así ir cumpliendo las metas e ir añadiendo. Lo que es la “economía de fichas” en sí, se debe decorar en función de los intereses del niño/a.
3. Orientación en el aula. Colocarlos cerca de algún compañero/a que le transmita tranquilidad y confianza. Con el que se sienta seguro y a gusto, para que tenga un buen modelo de referencia.
4. Darles cierta responsabilidad. Que ellos vean que son igual de queridos que el resto de los compañeros, y que además, depositamos nuestra confianza en ellos. Como por ejemplo ser el responsable de cerrar la puerta cuando salimos al patio, repartir servilletas cuando vamos a almorzar, sacar el material, decir qué día de la semana es en la asamblea...
5. Rincón de las emociones. Una zona de la clase está destinada a las emociones, en la que el niño deberá identificarla en cada uno de los momentos, y pasar al rincón

de relajación cuando alguna de estas emociones sea negativa (tristeza, enfado, ira...)

6. Relajación. Zona destinada única y exclusivamente a la relajación, que se encontrará llena de: cojines, música relajante, tonos suaves, botellas de la calma (botellas de agua con purpurina, que se deben agitar fuertemente y observarlas hasta que vuelva a quedar el agua y la purpurina separadas. En ese periodo de tiempo, el niño ha estado manteniendo su atención solamente en eso y su emoción negativa habrá disminuido, incluso desaparecido).

Basándonos en las ideas de Barkey (1999), también se tomarán las siguientes medidas:

1. Ignorar sus malas conductas y mostrar interés ante las positivas.
2. Dar órdenes de forma eficaz.
3. Enseñarle que no debe interrumpir las actividades.
4. Castigar el comportamiento negativo de manera constructiva.

5. Conclusiones

El TOD mantiene una comorbilidad con otros trastornos, aunque también se puede presentar de manera aislada debido a un accidente, una enfermedad, un evento traumático...

Con respecto a la familia, no hace que aparezca el problema, pero sí que se agudice si no hay una clara figura de autoridad, excesivos cambios en los cuidadores, no teniendo límites y normas claros... De ahí, la importancia y la necesidad de una cierta “estabilidad social/familiar”, principalmente en los primeros años de vida; ya que sus resultados parten

de las conclusiones de Yela (1981), qué según él, podemos encontrar una relación sistemática y creciente entre aspectos familiares (nivel social, educativo y cultural) y el CI de los niños. Existe la evidencia de que la asociación entre conductas antisociales y CI no se explica por la proveniencia de las personas con conductas delictuales de hogares más desventajados socialmente. Lo que realmente tiene importancia y afecta de la familia no son los tipos de familia (monoparentales, divorcios...) sino la calidad y la estabilidad. Aunque, por el contrario, Vasgird (1983) encuentra diferencias en el tipo de inteligencia de los niños, en función de la clase social de las familias; los niños de clase media y media-alta son superiores en inteligencia analítica a los de clase baja, mientras que, en inteligencia asociativa, o no hay diferencias, o es superior en los niños de clase baja y alta frente a los de clase media. Respecto a la inteligencia integrativa, el nivel es superior en los niños de las clases extremas (alta y baja). En el contexto escolar, el tipo de inteligencia que más se manifiesta es el analítico, siendo el nivel inferior en los alumnos de clase baja o ambiente no culto.

Los signos de alarma ocurren por el incumplimiento de fines asociados con su edad; así como conductas disruptivas. Su durabilidad debe de ser al menos de 6 meses. Como dicen Riley, M., Ahmed, S. & Locke, A. (2016) no hay una herramienta diseñada para su detección.

Con respecto al tratamiento, se plantean varias alternativas: enfoques conductuales, intervenciones grupales, psicoterapia individual, terapia familiar y terapia entre iguales.

Ninguna de ellas es la correcta, todo depende de las circunstancias y de la persona en sí. Al igual que los medicamentos, tampoco hay uno en concreto que solucione el

problema. De hecho, se recurre a la medicina cuando son casos muy extremos y/o violentos con medicamentos antipsicóticos.

Con respecto a la investigación de Coping Power, se demostró que incluir un breve componente de prevención universal (Lochman & Wells, 2003), que incluye una serie de reuniones sobre problemas de aprendizaje socioemocional , y que se ofrece a los maestros y a todos los padres en una escuela, da como resultado tasas más bajas de uso de sustancias auto informado, menor agresión calificada por el maestro, mayor competencia social percibida y mayor mejora de la conducta calificada por el maestro, en comparación con un grupo de control (Lochman y Wells, 2002b). Al examinar los resultados a 3 años, la intervención universal ya no tuvo efectos, pero Coping Power mantuvo efectos positivos en el comportamiento de los jóvenes 3 años después de que se completara la intervención (Lochman et al., 2013). Por lo que llevar a cabo este tipo de intervenciones en los primeros cursos de educación infantil nos puede ayudar a eliminar y/o suavizar el problema, aunque los resultados no se obtengan a corto plazo.

6. Referencias

- Alberdi, I. et al. (1995). Informe sobre la situación de la familia en España. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Allport, G. W., & Odbert, H. S. (1936). Trait-names: a psycho-lexical study. *Psychological Monographs*, 47(211).
- Álvarez-Solís RM, Vargas-Vallejo MP. Violencia en la adolescencia. *Salud en Tabasco* 2002; 8: 95-98.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). Manual Diagnóstico y Estadístico e los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andrea, N., López, J.M., Henao, D.M., Buitrago, N., Camacho, J.L. & Betancur J.D. (2014). Incidencia social, familiar, biológica y académica del trastorno oposicionista desafiante. *Revista Senderos Pedagógica*, (5), 59-70.
- Bandura, A., & Walters, R. (1963). Social learning and personality development. New York:
- Barajas, M. C. y Clemente, R. A. (1991). Ambiente familiar y desarrollo evolutivo. La evaluación de la atención en el hogar. En: 1 Congreso Internacional Infancia y Sociedad. Bienestary Derechos Sociales de la Infancia. Madrid, Noviembre, 1989. Ministerio de Asuntos Sociales.
- Barkley RA. (1981). Hyperactive children: a handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press.

- Barkley RA.(1997) Defiant children: a clinical manual for assessment and parent training (2º. ed.) New York: Guilford Press.
- Barnes, S. E., Howell, K. H., Thurston, I. B., & Cohen, R. (2017). Children's attitudes toward aggression: Associations with depression, aggression, and perceived maternal/peer responses to anger. *Journal of Child and Family Studies*, 26(3), 748758.
- Block, L. 1-1. & Block, J. (1980). The role of egocontrol and egoresilency in the organization of behavior. In: W. A. Collins (Ed.), *Development of cognitive affect and social relations. Minnesota Symposium on Child Psychology* (vol. 13). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Block, J. (1980). The role of egocontrol and egoresilency in the organization of behavior. In: W. A. Collins (Ed.), *Development of cognitive affect and social relations. Minnesota Symposium on Child Psychology* (vol. 13). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Boxmeyer, C.L., Lochman J.E., Qshequilla, F.K., Mithell, P. & Romero, D. (2018). Cognitive therapies: anger management. *Developmental Pathways to Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders*, 239-258.
- Brandes, C.M., Kushner, S.C. & Tackett, J.L. (2018). Negative affect. *Developmental Pathways to Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders*, 121-131.
- Brazelton TB, Bertrand GC. The earliest relationship: parents infant and the drama of the early attachment, 1a ed. Boston: Editorial Addison-Wesley Publishing Company. 1990.
- Broidy, L. M., Tremblay, R. E., Brame, B., Fergusson, D., Horwood, J. L., Laird, R., . . . Vitaro, F. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: a six site cross-national study. *Developmental Psychology*, 39, 222_245.

Burns. R. B. (1990). El aulaconcepto: Teoría, Medición, Desarrollo y Comportamiento. Bilbao: EGA.

Bussey, K., Quinn, C., & Dohson J. (2015). The moderating role of empathic concern and perspective taking on the relationship between moral disengagement and aggression. *Merrill-Palmer Quarterly*, 61 (1), 10-29.

Caspi, A., Roberts, B. W., & Shiner, R. L. (2005). Personality development: stability and change. *Annual Review of Psychology*, 56(1), 453_484.

Castro, N., et. al. (2014). Incidencia social, familiar, biológica y académica del trastorno oposicionista desafiante. *Senderos Pedagógicos*, 5, 59-70

Chrispels, J. (1996). Effective schools zmnd home—school-community partnership roles: A framework for parent involvement. *School Effectiveness and School Improvement*, 7 (4), 297-323.

Comparini, L., Douglas, E. M., & Perez, S. N. (2014). The development of social cognition: Preschoolers' use of mental state talk in peer conflicts. *Early Education and Development*, 25(7), 1083_1101.

Cova, F., Vicente, B. Saldivia, S., Rioseco, P. & Melipillán, R. (2011). Factores sociales, educativos, familiares, inteligencia y riesgo de trastorno de conducta en adolescentes de sexo masculino. *Revista Mexicana de Psicología*, 28 (2), 161-171.

Danko, C. M., Garbacz, L. L., & Budd, K. S. (2015). Outcomes of parent-child interaction therapy in an urban community clinic: a comparison of treatment completers and dropouts. *Children and Youth Services Review*, 60, 42_51.

- Denham, S. A., Caverly, S., Schmidt, M., Blair, K., DeMulder, E., Caal, S., . . . Mason, T. (2002).
Preschool understanding of emotions: Contributions to classroom anger and aggression.
Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43(7), 901_916.
- Dodge, K. A., Greenberg, M. T., Malone, P. S., & Conduct Problems Prevention Research Group.
(2008). Testing an idealized dynamic cascade model of the development of serious
violence in adolescence. Child Development, 79, 1907_1927.
- Dodge, K. A., Price, J. M., Bachorowski, J. A., & Newman, J. P. (1990). Hostile attributional
biases in severely aggressive adolescents. Journal of Abnormal Psychology, 99(4), 385.
- Dretzke, J., Davenport, C., Frew, E., Barlow, J., Stewart-Brown, S., Bayliss, S., . . . Hyde, C.
(2009). The clinical effectiveness of different parenting programmes for children with
conduct problems: a systematic review of randomised controlled trials. Child and
Adolescent Psychiatry and Mental Health, 3, 7.
- Escayola, E. (1994). Padres y educadores. Un encuentro singular. Aula de Innovación Educativa,
28-29.
- Eyberg, S. M., & Funderburk, B. (2011). Parent_child interaction therapy protocol. Gainesville,
FL: PCIT International.
- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments
for children and adolescents with disruptive behavior. Journal of Clinical Child &
Adolescent Psychology, 37(1), 215_237.
- Fraser, B. J. et al. (1987). Identifying the salient facets of a model of student learning: A synthesis
of meta-analyses. En: B.J. Fraser et al.: Synthesis of educational productiviy research.

International Journal of Educational Research, vol. II: 2, cap. 4, pp. 187-212. Fuljan, M.
(1991). The new meaning of educational change. Londres: Caselí.

González, M. M., Hidalgo, M. y y Moreno, M. C. (1998). La vida en familia. Cuadernos de
Pedagogía, 274, 50-55.

Goodman, R., Simonoff, E. & Stevenson, J. (1995). The relationship between child iq, parent iq
and sibling iq on child behavioural deviance scores. Journal of Child Psychology and
Psychiatry, 36, 409-425

Gordon, D., Nowicki, 5 & Wichern, E. (1981). Observed maternal and child behavior in a
dependency-producing task as a function of children's loci of control orientation.
Merrill-Palmer Quarterly, 27, 43-51.

Greene RW, Doyle AE. Toward a transactional conceptualization of oppositional defiant
disorder: implications for assessment and treatment. Clin Child Fam Psychol Rev 1999;
2: 129-148.

Guy, A., Lee, K., & Wolke, D. (2017). Differences in the early stages of social information
processing for adolescents involved in bullying. Aggressive Behavior, 43, 578_587.

Hoffman, L. (1995). Psicología del desarrollo hoy. Madrid: McGraw Hill.

Holt Rinehart and Winston.

Huesmann, L. R., Eron, L. D. & Yarmel, P. W. (1987). Intellectual functioning and aggression.
Journal of Personality and Social Psychology, 52, 232-240

- Isen, J. (2010). A meta-analytic assessment of Wechsler's P>V sign in antisocial populations. *Clinical Psychology Review*, 30, 423-43
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(4), 567-589.
- Kazdin, A. E. (2005). *Parent management training: treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Kellagham, T., Sloane, K.; Alvarez, B. & Bloom, B. 5. (1993). *The Home Environment and School Learning: Promoting Parental Involvement in the Education of Children*. San Francisco: Jossey-Bass
- Kuhnert, R., Begeer, S., Fink, E., & de Rosnay, M. (2017). Gender-differentiated effects of theory of mind, emotion understanding, and social preference on prosocial behavior development: A longitudinal study. *Journal of Experimental Child Psychology*, 154, 13_27.
- Lanier, P., Kohl, P. L., Benz, J., Swinger, D., & Drake, B. (2014). Preventing maltreatment with a community-based implementation of parent_child interaction therapy. *Journal of Child and Family Studies*, 23(2), 449_460.
- Lansford, J. E., Malone, P. S., Dodge, K. A., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (2010). Developmental cascades of peer rejection, social information processing biases, and aggression during middle childhood. *Development and Psychopathology*, 22(3), 593_602.

- Larson, J., & Lochman, J. E. (2010). Helping schoolchildren cope with anger: a cognitivebehavioral intervention. Guilford Press.
- León, A. (2018). The Impact of Prematurity on Social and Emotional Development. Clin Perinatol, (45), 547-555.
- Leung, C., Tsang, S., Heung, K., & Yiu, I. (2009). Effectiveness of parent—child interaction therapy (PCIT) among Chinese families. Research On Social Work Practice, 19(3), 304_313.
- Li, X., Bian, C., Chen, Y., Huang, J., Ma, Y., Tang, L., . . . Yu, Y. (2015). Indirect aggression and parental attachment in early adolescence: Examining the role of perspective taking and empathetic concern. Personality and Individual Differences, 86, 499_503.
- Lieneman, C., Williford, D.N., Questsch, L.B., Thomas, B. & McNeil, C.B. (2018). Developmental Pathways to Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders, 211-229.
- Lochman, J. E., & Wells, K. C. (2002b). The Coping Power program at the middleschool transition: universal and indicated prevention effects. Psychology of Addictive Behaviors, 16, S40_S54.
- Lochman, J. E., & Wells, K. C. (2003). Effectiveness of the Coping Power program and of classroom intervention with aggressive children: outcomes at a 1-year follow-up. Behavior Therapy, 493_515.
- Lochman, J. E., Wells, K. C., & Lenhart, L. A. (2008). Coping Power child group program: facilitator guide. New York, NY: Oxford.

- Lochman, J. E., Wells, K. C., Qu, L., & Chen, L. (2013). Three year follow-up of Coping Power intervention effects: evidence of neighborhood moderation. *Prevention Science*, 14, 364_376. Available from <https://doi.org/10.1007/s11121-012-0295-0>.
- López, E. et al. (1995). Programas de implicación paterna en Educación Infantil. *Revista Complutense de Educación*, 6(1), 115-130
- Maccoby, E. E. y Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En: E. M. Hetherington & P. H. Mussen (eds.): *Handbook of child psychology*. Vol.4, Socialization, Personality and Social Development. New York: Wiley, 1-101.
- Maguin, E. & Loeber, R. (1996). Academic performance and delinquency. En M. Tonry & D. P. Farrington (Eds.), *Crime and justice* (pp. 145-264). Chicago: University of Chicago Press
- Martínez R. A. (1992). Factores familiares que intervienen en el progreso académico de los alumnos. *Aula Abierta*.
- McLoyd, V. C. (1989). Socialization and development in a changing economy: the effects of paternal job and income loss on children. *American Psychologist*, 44, 293-302.
- Meece, D., & Mize, J. (2010). Multiple aspects of preschool children's social cognition: Relations with peer acceptance and peer interaction style. *Early Child Development and Care*, 180(5), 585-604.
- Moreno, A. (1995). Familias monoparentales. *Infancia y Sociedad*, 30, 55-66.
- Moskowitz, D. S. & Schwartzman, A. E. (1989). Painting group portraits: Studying life outcomes for aggressive and withdrawn children. *Journal of Personality*, 57, 723-746

- Moss, H.B. & Lynch K.G. Comorbid disruptive behaviour disorder symptoms and their relationship to adolescent alcohol use disorders. *Drug Alcohol Depend.* 2001; 64 (1): 75-83.
- Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Child Psychology And Psychiatry*, 48(7), 703_713.
- Peña; O, Palacios; c. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia diagnóstico y tratamiento. *Rev. Salud Mental* 34(5),421-427
- Poore, H. & Waldman I. (2018). Cognitive attribution bias. *Developmental Pathways to Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders*, 161-177.
- Pringsheim T, Hirsch L, Gardner D, Gorman DA. The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. Part 1: psychostimulants, alpha-2 agonists, and atomoxetine. *Can J Psychiatry*. 2015;60(2):42-51.
- Rah, Y., & Parke, R. D. (2008). Pathways between parent-child interactions and peer acceptance: The role of children's social information processing. *Social Development*, 17(2), 341_357.
- Riley M, Ahmed S, Locke A. Common Questions About Oppositional Defiant Disorder. *Am Fam Physician*. 2016;93(7):586-591.

- Riley M, Ahmed S, Locke A. Common Questions About Oppositional Defiant Disorder. *Am Fam Physician*. 2016;93(7):586-591.
- Ríos, J. A. (1998). *El malestar en la familia*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Ruiz, C. (1999). La familia y su implicación en el Desarrollo infantil. *Revista Complutense de Educación*, (10), 289-304.
- Rutter, M., Giller, H. & Hagell, A. (1998). *Antisocial behavior by young people*. Cambridge, USA: Cambridge University Press.
- Sánchez Villalba, A. et al. (1997). La colaboración escuela-familia: un estudio de campo. *Investigación en la Escuela*, 33, Pp.59-66.
- Scott, S. (2009). Conduct disorders in childhood and adolescence. En M. Gelder, N. Adreassen, J. López-Ibor & J. Geddes (Eds.), *New Oxford textbook of psychiatry* (pp. 1654-1664). Oxford: Oxford University Press
- Self-Brown, S., Valente, J. R., Wild, R. C., Whitaker, D. J., Galanter, R., Dorsey, S., & Stanley, J. (2012). Utilizing benchmarking to study the effectiveness of parent-child interaction therapy implemented in a community setting. *Journal of Child And Family Studies*, 21(6), 1041_1049.
- Sineiro, C., Juanatey, P., Iglesias, M.J. & Lodeiro, O. (2000). Problemas socioemocionales y habilidades lingüísticas en preescolares. *Psicothema*, 12 (3), 412-417.
- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms: an experimental analysis*. Oxford, England: Appleton-Century.

- Stattin, H. & Klackenber-Larsson, I. (1993). Early language and intelligence development and their relationship to future criminal behaviour. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 369-378
- Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). Behavioral outcomes of parent-child interaction therapy and Triple P-Positive Parenting Program: a review and meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(3), 475_495.
- Vasgird, D. R. (1983). El estilo cognitivo desafía al CI. En: E. F. Taylor: El juego del cociente intelectual. Una investigación utetodológica sobre la controversia herencia-medio. Madrid: Alianza.
- Viguer, P. y Serra, E. (1996). Nivel so
- Vásquez MJ, Feria M, Palacios L, De la Peña F. (2010). Guía clínica para el trastorno negativista desafiante. Ed. Shoshana Berenzon.
- Viguer, P. y Serra, E. (1996). Nivel socioeconómico y calidad del entorno familiar en la infancia. *Anales de Psicología*, 12 (2), 197-205.
- Wallerstein, J. 5. & Kelly. J. B. (1981). *Surviving the breakup*. New York: Basic Books.
- Ward, M. A., Theule, J., & Cheung, K. (2016). Parent-child interaction therapy for child disruptive behaviour disorders: a meta-analysis. *Child & Youth Care Forum*, 45(5), 675_690.
- Weissman MM, Fendrich M, Warner V, Wickramaratne P. Incidence of psychiatric disorders in offspring at high and low risk for depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 640-648.

Wells, K. C., Lochman, J. E., & Lenhart, L. A. (2008). Coping power parent group program: facilitator guide. New York, NY: Oxford.

Yela, M. (1981). Ambiente, herencia y conducta. En Varios: Psicología y medioambiente. Madrid: MOPU.